

Appropriatezza clinica ed economica: strumenti e modelli di valutazione e gestione dell'attività psichiatrica



Carmine Munizza, Salvatore Nieddu°, Maurizio Bianco§
per conto del Gruppo di studio su appropriatezza e costi in psichiatria.*

ABSTRACT

The Italian health care system is experiencing a profound reform process: due to the increasing level of expenditures, new models of organizations are being experimented to increase both efficiency and efficacy of the health care delivery system.

In this general framework, our group has developed a research project with clinical, statistical and economic implications. The ambitious aim of the project is to improve the allocation and management of resources assigned to Mental Health Departments, on the basis of recent experiences in the Piedmont region.

The paper presents the methodology developed to implement the project "Evaluation of Appropriateness of care and Costs of Psychiatric Disorders". The project aims at analysing both appropriateness and efficiency of the routine care provided by the various agencies of three Mental Health Departments.

We believe that a regular monitoring of both appropriateness and efficiency of care would assist in the development of rational choices for the allocation of funds and the clinical management of patients.

Farmeconomia e percorsi terapeutici 2002; 3 (2): 81-90

INTRODUZIONE

La realtà sanitaria italiana sta attraversando un intenso processo di riforma: le problematiche del continuo confronto con livelli di spesa crescenti, trovano riscontro nella ricerca di modelli e di formule per migliorare sia l'efficienza sia l'efficacia del nostro sistema sanitario.

Tra questi il modello della creazione di valore si propone di ottimizzare il rapporto tra l'efficacia, la qualità e l'appropriatezza delle cure da un lato, e l'efficienza, il costo e le modalità di utilizzo delle risorse dall'altro.

L'intervento per contenere la spesa sanitaria e renderla più efficace deve infatti necessariamente svilupparsi su due fronti:

- da un lato favorire lo sviluppo della managerialità dei servizi mediante l'introduzione di strumenti di management quali il budget, il controllo di gestione, e la valutazione dei costi;
- dall'altro promuovere la rilevazione dell'efficacia e dell'appropriatezza delle cure come strumenti di misura qualitativi dell'output prodotto.

In questo quadro, essendo le due strade da percorrere congiuntamente, il tema della definizione dei sistemi di finanziamento dell'attività

sanitaria gioca un ruolo fondamentale, tenendo ben presente lo scopo di orientare i servizi sanitari a perseguire congiuntamente, attraverso il proprio operato, sia l'efficienza, sia l'efficacia.

Il finanziamento dell'attività psichiatrica è oggi regolato per quanto riguarda tutti i suoi ambiti di attività da una serie di riferimenti tariffari che, peraltro, non contemplano tutte le tipologie di prestazioni offerte e le diverse modalità con le quali le stesse possono essere effettuate.

Tale sistema risulta però più un modello formale che sostanziale in quanto, escluso qualche caso, non nella pratica utilizzato per quantificare l'ammontare di risorse disponibili per i Dipartimenti di Salute Mentale: nella realtà delle cose, la definizione delle risorse da destinare al DSM si basa infatti su metodi forfetari (percentuale del bilancio delle ASL) o, peggio, sulla base del finanziamento storico o di criteri a piè di lista.

Le risorse finanziarie destinate all'attività psichiatrica non sono all'atto pratico legate in alcun modo all'efficacia o all'appropriatezza delle prestazioni erogate, sottovalutando gli effetti positivi che sistemi legati anche a queste variabili possono indurre nella gestione dei servizi: di riconoscimento anche sul piano motivazionale per chi ha operato bene e di sti-

** Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, DSM ASL 4 di Torino.
° Facoltà di Economia, Università di Torino;
Nagima Divisione Sanità, Torino.
§ Nagima Divisione Sanità, Torino.*

molo al miglioramento per chi ha avuto performances non proprio ottimali.

Su questi aspetti molto è il lavoro da fare anche perché la psichiatria è la branca della medicina che meno si presta a tentativi di standardizzazione a causa dell'elevato contenuto "intangibile" dei servizi offerti: solo accurate ricerche condotte sul campo possono mettere in evidenza l'eterogeneità di un settore così complesso.

MATERIALI E METODI

Il meccanismo di finanziamento attualmente in uso per le attività psichiatriche, così come è stato descritto, ha due grandi limiti, di cui uno rappresenta in un certo senso il "rovescio della medaglia" dell'altro:

- non orienta l'operato dei servizi a criteri di efficienza e di efficacia;
- espone i DSM a indiscriminati tagli di risorse in situazioni di crisi dei conti delle Aziende Sanitarie.

Riguardo al primo punto, le risorse distribuite non risultano essere collegate a standard attesi sia a livello quantitativo sia a livello qualitativo ma sono piuttosto legate ad una determinata percentuale del bilancio dell'Azienda Sanitaria di riferimento: in altre parole non tengono conto né di "cosa si fa", né di "come lo si fa", e questo, in periodi di risorse abbondanti, ha sicuramente un effetto negativo sulla motivazione degli operatori.

Purtroppo, come avviene nelle aziende private, nel momento in cui si devono operare dei tagli - e passiamo al secondo punto - si eliminano per primi i costi non correlati in modo evidente all'output prodotto (spese generali, di ricerca, di formazione, ecc.): così il DSM rischia di essere oggetto di pericolose riduzioni dei finanziamenti, non avendo la possibilità di evidenziare il valore delle attività che svolge.

Il rischio che la psichiatria corre in tale regime è quello di ritrovarsi con un budget considerevolmente decurtato senza poter mettere in

evidenza che questa riduzione di finanziamenti avrà impatti negativi sia dal punto di vista quantitativo (diminuzione dei pazienti in carico, delle attività svolte), ma soprattutto sugli aspetti qualitativi (efficacia delle cure, esito, e appropriatezza).

Tutti questi elementi hanno portato vari gruppi di lavoro a promuovere una serie di studi e ricerche finalizzati ad approfondire il tema del finanziamento e degli strumenti manageriali con l'obiettivo di porre rimedio ai limiti che i modelli attuali manifestano e di proporre modelli alternativi di finanziamento del DSM.

In questo quadro nell'area piemontese sono in corso da alcuni anni esperienze su questi temi per quanto riguarda in particolare:

- sistemi informativi, con l'avvio del programma di sperimentazione di un sistema informativo globale, in occasione del finanziamento ex art. 12 D.lgs. 502/92 dell'esercizio 1997 che ha introdotto uno strumento in grado di documentare correttamente la realtà clinica ed organizzativa dei servizi, facilitando i successivi momenti di riflessione e programmazione;
- mappatura e standardizzazione dei modelli organizzativi dipartimentali; progetto finanziato dall'Unione Europea, programma Biomed I CT-941304, cofinanziato anche dalla Regione Piemonte;
- studi e ricerche sui temi inerenti la valutazione dei costi, i modelli di finanziamento e gli strumenti di management dell'attività psichiatrica: in particolare sono da citare una ricerca sui costi e le tariffe dell'attività ambulatoriale dei CSM condotta nel biennio 1997/98 su di un campione costituito da 34 Centri di Salute Mentale afferenti a 11 DSM dislocati su tutta l'Italia e la messa a punto di un modello sperimentale di finanziamento del DSM basato sull'esito di salute denominato "DRG" psichiatrico.

Grazie a questi progetti si è consolidata così una gamma di strumenti e metodologie di lavoro e di indagine che consentono di:

- avere a disposizione un consistente patrimonio informativo sulle prestazioni erogate

Tabella 1
Articolazioni organizzative dei Dipartimenti di Salute Mentale che partecipano alla ricerca.

	SPDC Degenza Ordinaria	SPDC Day Hospital	Centri Salute Mentale	Centri Diurni	Posti letto in comunità residenziali
ASL 1	2	1	4	4	170
ASL 4	1	1	6	1	120
ASL 12	0	2	2	3	70
Totale	3	4	12	8	360

- te ai pazienti in carico e sulle differenti modalità di erogazione delle stesse;
- poter contare su una rappresentazione dell'organizzazione dei servizi aggiornata, omogenea e articolata;
- disporre di strumenti di valutazione dei costi e di modelli di finanziamento sperimentali da utilizzare in ricerche empiriche sul campo.
- dati ed indicatori di efficienza;
- schede di raccolta dati;
- materiale per il campionamento.

DISCUSSIONE

Caratteristiche dello studio

È sulla base di queste premesse metodologiche poggiano i fondamenti del progetto ricerca che verrà presentato nelle pagine successive con l'obiettivo di portare un valido contributo nella messa a punto di sistemi di finanziamento e di gestione delle attività psichiatriche.

RISULTATI

Inserire il monitoraggio delle variabili efficienza ed efficacia tra i modi ordinari di agire dei servizi di salute mentale può facilitare l'espressione di scelte fondate su conoscenze documentate dei risultati del proprio modo di operare.

In seguito ad una corretta politica di allocazione delle risorse i servizi possono inoltre raggiungere una migliore capacità di prendere in cura i soggetti con problemi più complessi, riducendo in questo modo i rischi di cronicizzazione, che comportano costi più onerosi e difficilmente modificabili. Beneficiario di un migliore livello organizzativo dei servizi può essere non solo il fruitore diretto di prestazioni sanitarie più mirate ed efficaci, ma anche il contesto sociale nel suo insieme, quando l'utilizzo delle risorse venga effettuato non solo in modo più efficace, consentendo cioè risultati migliori a parità di risorse, ma anche in maniera più efficiente ovvero perseguendo a parità di risultato un minor impiego di risorse.

Quanto segue rappresenta una metodologia di analisi messa a punto per la realizzazione di uno studio con lo scopo di analizzare l'efficacia e l'efficienza con la quale operano ordinariamente i Dipartimenti di Salute Mentale.

Un primo risultato della ricerca infatti è rappresentato dalla metodologia di analisi, estratta dal protocollo dello studio, che rappresenta il risultato della progettazione e, stante la nuova impostazione del lavoro, costituisce un vero e proprio prodotto finito a disposizione della comunità scientifica.

Oltre alla metodologia sono stati anche messi a punto i seguenti strumenti, che sono al momento utilizzati per l'esecuzione sul campo dello studio:

- indicatori di appropriatezza;

Sempre di più il tema della Creazione di Valore impone di utilizzare metodi, strumenti, linguaggi, e competenze interdisciplinari: sono infatti necessari contributi coordinati di tutte le componenti professionali che tradizionalmente operano nella gestione delle attività sanitarie per mettere a punto modelli di governo e gestione dei servizi e strumenti di valutazione integrati delle attività sanitarie.

Per questo motivo avvalendosi di contributi professionali clinici, statistici ed economici, è stato sviluppato un progetto di ricerca con l'ambizioso obiettivo di consentire un sostanziale passo in avanti dei modelli di allocazione e di gestione delle risorse dei DSM, utilizzando gli strumenti e le esperienze che sino ad ora nel contesto piemontese si sono messi a punto.

La ricerca, dal titolo "Appropriatezza della cura e valutazione dei costi per le attività psichiatriche", è stata ammessa al finanziamento di cui al programma speciale ex art. 12 d.lgs. 502/1992, con Decreto del Ministero della Sanità ed è regolato da convenzione tra la Regione Piemonte, e il Centro Studi e Ricerche in Psichiatria di Torino.

L'obiettivo dello studio con riferimento, in una prima fase, alle patologie dell'area schizofrenica è quello di:

- descrivere qualitativamente e quantitativamente le prestazioni diagnostico terapeutico offerte dai i servizi di salute mentale nelle varie forme in cui sono articolate,
- valutare l'assorbimento di risorse ed i costi sostenuti per l'erogazione delle prestazioni e più in generale per l'esecuzione di tutte le attività anche quando queste non si configurino come prestazioni rivolte al paziente;
- valutare l'appropriatezza dei singoli interventi intesa come aderenza a linee guida nazionali ed internazionali.

Allo studio partecipano tre Dipartimenti di Salute Mentale piemontesi:

- DSM Nord dell'ASL 1 di Torino Nord,
- DSM dell'ASL 4 di Torino,
- DSM dell'ASL 12 di Biella.

I dipartimenti di Salute Mentale oggetto di analisi sono variamente articolati con riferimen-

to alle strutture organizzative che erogano prestazioni, come risulta dalla tabella seguente.

Metodologia

La messa a punto della metodologia è stata effettuata mediante ricerche ed analisi della letteratura nazionale ed internazionale, contatti ed incontri con diverse professionalità, elaborazioni del materiale raccolto e dei contributi scientifici e, periodicamente, incontri del gruppo di coordinamento e progettazione allo scopo di mettere in comune ed esaminare i diversi contributi e di prendere decisioni di fronte ad alternative di impostazione.

La fase di progettazione e di impostazione, è stata oggetto di un lungo lavoro ed ha esaminato e sperimentato differenti alternative prima di giungere, soprattutto dal punto di vista del metodo, alla sua formulazione definitiva.

In origine ci si era posto l'ambizioso obiettivo di identificare, all'interno della patologia oggetto di analisi, gruppi omogenei di pazienti in quanto a risorse utilizzate.

Rispetto a tali gruppi "isorisorse" di pazienti ci si proponeva di ricostruire un percorso di cura standard composto da un determinato mix di prestazioni: questo avrebbe consentito di individuare le relazioni che intercorrono tra caratteristiche del paziente, volumi e costi delle prestazioni, ed esito e a tale scopo era stata prevista l'osservazione di tali gruppi lungo un ampio periodo di tempo.

Questo approccio è stato abbandonato in quanto:

- sebbene esista ampia documentazione di pratiche basate sull'evidenza non esiste la possibilità di identificare percorsi di cura standard ovvero composizioni quali - quantitative di prestazioni che possano applicarsi ad un determinato bisogno di categorie di pazienti (siano queste ultime costruite in base alla diagnosi sia con riferimento allo stato di salute): percorsi diversi quale somma di prestazioni appropriate, applicati alla stessa patologia, possono infatti

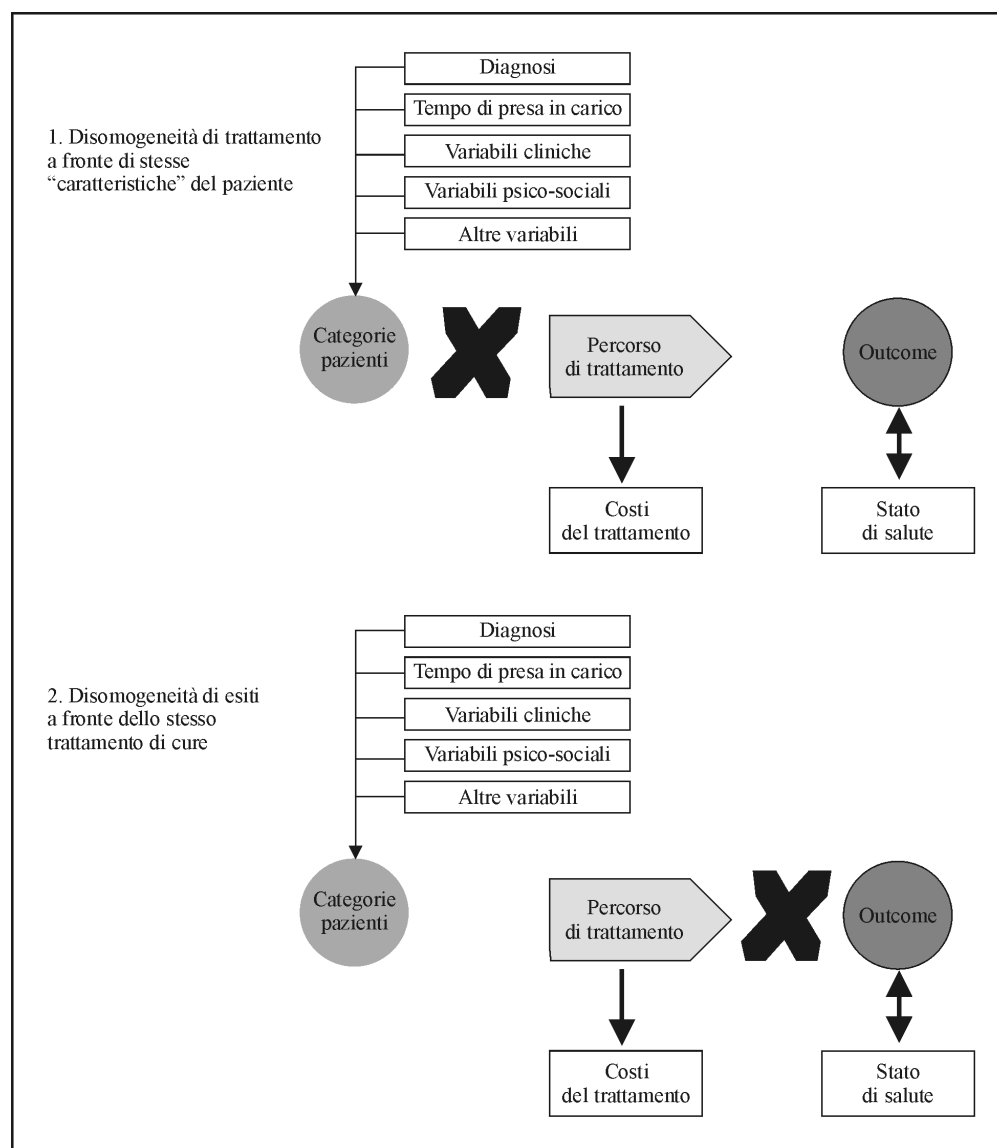


Figura 1
Le criticità dell'approccio originario

- ti indifferentemente indurre miglioramenti o peggioramenti nello stato di salute;
- l'associazione tra singolo intervento ed esito ha valenza limitata: se un intervento basato sull'evidenza non ha prodotto l'esito sperato resta pur sempre un intervento appropriato.

Grazie ai contributi delle diverse professionalità inserite nel gruppo di progettazione e coordinamento e a seguito di alcune verifiche empiriche è stato quindi necessario ridefinire l'impostazione metodologica dello studio introducendo la variabile appropriatezza.

Si è quindi abbandonata l'idea di ricostruire il percorso del paziente e di collegare la quantità di risorse alla misura dell'esito, a favore di un'impostazione della ricerca che privilegia:

- l'analisi dell'appropriatezza (appropriatezza del singolo atto e non del percorso) da un lato,
- le misure di efficienza dall'altro.

L'analisi di queste due variabili sarà preceduta da una fase di identificazione delle singole prestazioni oggetto di analisi e sarà effettuata mediante l'operationalizzazione di indicatori in grado di coprire in maniera differenziata su tutte le tipologie di servizio erogato dai DSM le due prospettive di analisi.

La ridefinizione della metodologia ha portato quindi alle seguenti ricadute operative:

- lo studio deve avere un disegno trasversale, e non longitudinale: la rilevazione non deve essere estesa ed effettuata lungo tutto il percorso dei pazienti ma deve essere basata sull'osservazione di pazienti presso i servizi del Dipartimento di Salute Mentale in determinati giorni indice;
- il peso relativo tra progettazione ed esecuzione della ricerca è fortemente sbilanciato a favore della prima: all'attività di rilevazione viene assegnato un minor tempo rispetto alle attività di progettazione che hanno richiesto un forte impegno determinato dalla necessità di predisporre tutti gli strumenti e definire con precisione il processo di realizzazione.

Al termine della fase di impostazione metodologica le attività di progettazione analitica si sono articolate nel modo seguente:

- definizione della metodologia di mappatura dei servizi;
- definizione della metodologia e degli strumenti di rilevazione delle prestazioni;
- definizione della metodologia e degli strumenti di rilevazione dell'appropriatezza (indicatori di appropriatezza);
- definizione della metodologia e degli strumenti di valutazione dei costi (indicatori di efficienza);
- definizione del campione, delle modalità di raccolta dei dati;

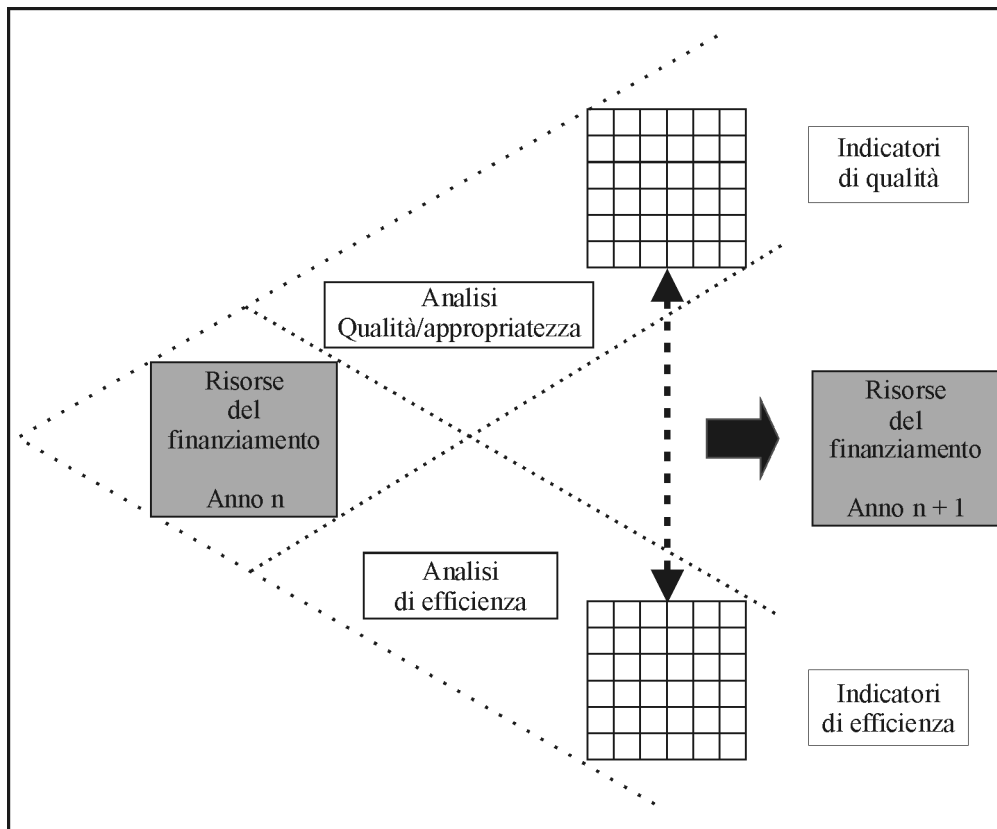


Figura 2
Il nuovo modello

- identificazione del processo e degli aspetti logistici legati alla rilevazione delle prestazioni, degli indicatori di appropriatezza e degli indicatori di efficienza.

Vale la pena in questa sede, approfondire alcuni aspetti relativi alla metodologia di rilevazione delle prestazioni, dell'appropriatezza e dell'efficienza.

Rilevazione delle prestazioni

Verranno identificate tutte le prestazioni erogate da ciascuna agenzia nei giorni campione, indipendentemente dalla diagnosi del paziente di riferimento, e verranno identificate altresì le altre attività svolte, seppur non configurabili come prestazioni, riguardanti la gestione di un singolo caso clinico e riguardanti la gestione complessiva delle agenzia (si vedano le schede di raccolta dati previste per la rilevazione delle attività in Appendice 3).

A tal fine tutte le attività che vengono svolte dal personale sono state raggruppate in uno schema di classificazione applicabile indifferentemente in ogni tipologia di agenzia nella quale si articola il Dipartimento di Salute Mentale, e cioè:

- Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura;
- Day Hospital;
- Centro di Salute Mentale;
- Centro Diurno;
- Comunità Residenziali e Gruppi Appartamento.

Le attività svolte saranno rilevate utilizzando uno schema di classificazione che effettua una distinzione tra:

- *attività dirette*: rivolte in modo specifico ad uno o più pazienti, comprendono sia le prestazioni vere e proprie, sia alcune attività che vengono svolte in assenza del paziente o di un suo familiare ma che risultano comunque relative alla gestione di uno o più specifici casi clinici;
- *attività indirette*: sono quelle attività che portano un beneficio indiretto a tutti i pazienti, non essendo rivolte specificatamente a determinati pazienti.

La maggior parte delle attività dirette verso il paziente sono costituite dalle prestazioni vere e proprie che verranno state raggruppate in categorie omogenee a seconda delle caratteristiche e dell'intensità di intervento, come segue:

- visita, colloquio, valutazione,
- colloquio telefonico,
- psicoterapia,
- somministrazione farmaci, esecuzione esami,
- attività riabilitativa,
- attività assistenziale.

Le attività dirette verso il paziente possono anche comprendere anche altre attività svolte in assenza del paziente o dei familiari, non classificabili come prestazioni, quali ad esempio l'organizzazione di trasferimenti, ricoveri o spostamenti del paziente, la preparazione di documenti e relazioni, i colloqui o contatti telefonici con altri operatori o con diverse strutture allo scopo di discutere di un caso specifico: tali attività sono comunque riferibili al singolo paziente (o ad alcuni pazienti ben individuati) e sono per questo motivo da considerarsi dirette.

Per ognuna di queste attività verranno rilevati, in capo a ciascun operatore:

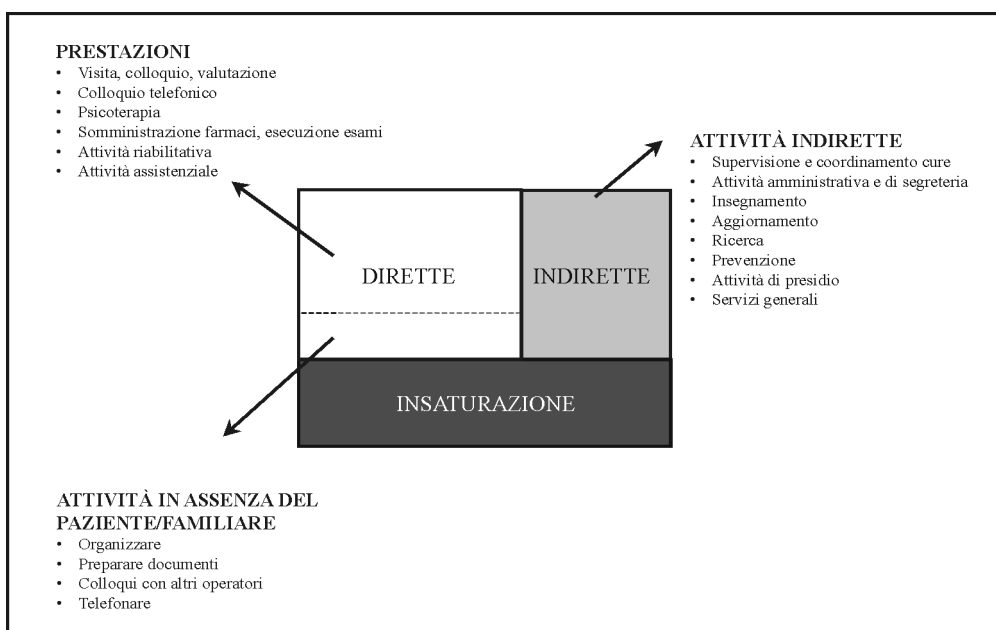


Figura 3
Le attività

- i pazienti verso i quali l'attività è stata prestata e la diagnosi,
- il beneficiario (paziente o familiare),
- la presenza in contemporanea di più operatori,
- i tempi di esecuzione,
- i tempi di spostamento nel caso di attività esterne,
- il luogo di effettuazione (agenzia, domicilio, o altrove),
- l'eventuale programmazione,
- il consumo di farmaci, esami o altri materiali diretti.

Sono invece attività indirette, in quanto non riconducibili ad un paziente in particolare, le attività che sono svolte per la generalità dei pazienti stessi senza che sia possibile, o utile, individuarne la destinazione a ciascuno di loro. Sono ad esempio:

- la supervisione e il coordinamento delle cure,
- le attività amministrative ed organizzative,
- le attività di insegnamento,
- le attività di aggiornamento,
- le attività di ricerca,
- le attività di prevenzione,
- le attività di presidio,
- le attività di servizi generali (pulizie, ecc).

Per ogni operatore e per ciascuna di queste attività verranno rilevati i tempi di esecuzione. *Indicatori di efficienza*

I dati e gli indicatori di efficienza hanno il fine ultimo di consentire l'osservazione ed il monitoraggio delle modalità di gestione e di funzionamento dei servizi di salute mentale.

A tale scopo sono state previste diverse prospettive di analisi che, siano in grado di integrare:

1. la variabile economico-finanziaria; tale variabile prende in considerazione i dati di costo per risorsa di ogni singola agenzia;
2. la variabile dei volumi di attività relativa al numero di prestazioni eseguite non solo dalle strutture organizzative che ne prevedono la codifica (ricoveri, trattamenti in day hospital, prestazioni ambulatoriali) ma anche dalle altre strutture nelle quali si articola il dipartimento; per tali strutture, in mancanza di dettagliate e omogenee rilevazioni delle prestazioni eseguite, si possono utilizzare misure dei pazienti trattati o dei pazienti in carico quali determinanti del volume indotto di prestazioni;
3. la variabile dei dati di struttura considerando dati significativi che aiutino a percepire la capacità produttiva e/o il dimensionamento dell'offerta delle singole strutture sanitarie quali il numero di posti letto o la dotazione organica di personale per categoria professionale.

Alcuni di questi dati rappresentano già valori significativi utilizzabili per la rappresentazione della realtà di ciascun servizio e per il confronto tra le diverse unità organizzative, ma acquistano un particolare interesse e significatività se vengono messi in rapporto tra di loro, mediante la creazione di specifici indicatori.

I dati economici infatti, considerati singolarmente, consentono di stimare a preventivo e di rilevare a consuntivo i valori monetari di costo delle strutture organizzative nelle quali si articola ogni azienda con riferimento alle princi-

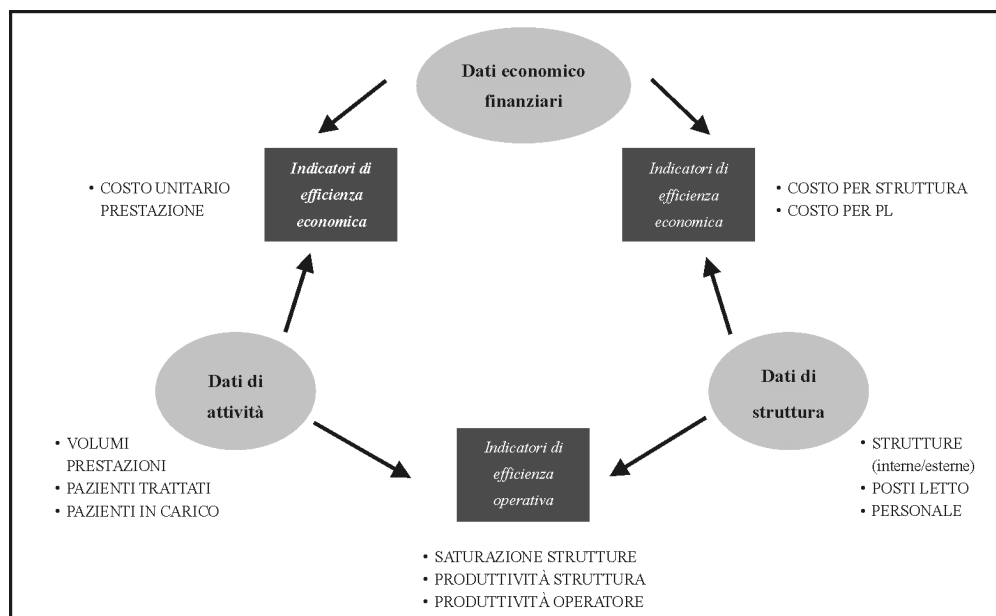


Figura 4
Gli indicatori di efficienza

pali voci per natura, ma acquistano il valore di informazioni esclusivamente se messi in rapporto alle prestazioni prodotte (dati di attività) e alla capacità produttiva disponibile o utilizzata per realizzare tale produzione (dati di struttura).

I dati di attività rappresentano la dimensione dell'output programmato (a budget) o realizzato (a consuntivo) espresso in termini quantitativi; anche questo tipo di dati acquista il valore di informazione solo se messo a confronto con la capacità produttiva (dati di struttura) e con i costi generati dalle prestazioni prodotte.

I dati di struttura forniscono la dimensione della capacità produttiva e della struttura dell'offerta permettendo di determinare se questa risulta sopra o sotto dimensionata ma acquistano pieno valore informativo se confrontati con i dati economici (conseguenze in termini di costo) e con i dati di attività (produzione per struttura).

Per queste ragioni, risulta essenziale mettere in relazione i dati relativi a ciascuna delle variabili in oggetto, tramite indicatori in grado di misurare sotto diverse prospettive l'efficienza dei servizi di salute mentale e, in particolare individuando:

- indicatori di efficienza economica ottenuti confrontando i dati economici con i dati di attività (costo unitario per prestazione, costo della singola risorsa per unità di output);
- indicatori di efficienza economica ottenuti confrontando i dati economici con i dati di struttura (costo per singola struttura, costo per posto letto, costo per operatore.);
- indicatori di efficienza operativa ottenuti confrontando i dati di attività con i dati di struttura (saturazione delle capacità produttive, saturazione delle strutture, produttività per operatore).

L'indicatore, infatti, quale strumento atto a

misurare i fenomeni sanitari, rappresenta infatti una misura sintetica di un elemento che si ritiene significativo per il controllo di un determinato problema.

Con riferimento alla singole agenzie dei Dipartimenti di Salute Mentale sarà quindi possibile esaminare i dati appartenenti a più variabili in modo da:

- mettere in rapporto tra di loro i dati rilevati nelle diverse prospettive di analisi al fine di costruire una carta di controllo bilanciata composta da indicatori chiave,
- confrontare gli indicatori nello spazio ovvero individuare analogie e differenze tra le diverse aziende sanitarie,
- analizzare gli indicatori nel tempo al fine di percepire il trend di variazione delle realtà esaminate.

Indicatori di appropriatezza

L'utilizzazione di misure di aderenza alle linee guida di trattamento come base per misurare la appropriatezza della cura, è generalmente accettata come strategia per identificare aree in cui concentrare le iniziative per migliorarla.

Spiegare il livello di appropriatezza raggiunto mediante uno studio delle variabili ambientali, delle caratteristiche dei pazienti e del budget disponibile rappresenta uno strumento chiave per negoziare l'allocazione di risorse finanziarie.

Lo scopo di tale processo è di mantenere il livello di appropriatezza raggiunto nelle aree con alta qualità, di identificare aree che richiedano iniziative per migliorarlo, e di massimizzare un uso efficiente delle risorse: nel tempo, tale processo esercita pressione per un miglioramento continuo.

La pratica clinica in anni recenti è divenuta sempre più complessa senza uno sviluppo parallelo di strumenti che aiutino le decisioni cli-

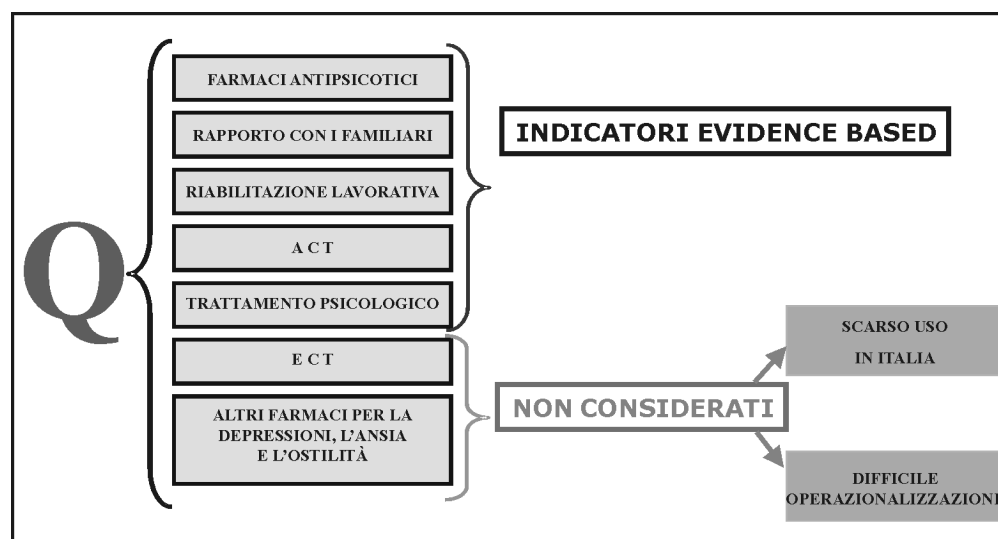


Figura 5
Trattamento della schizofrenia

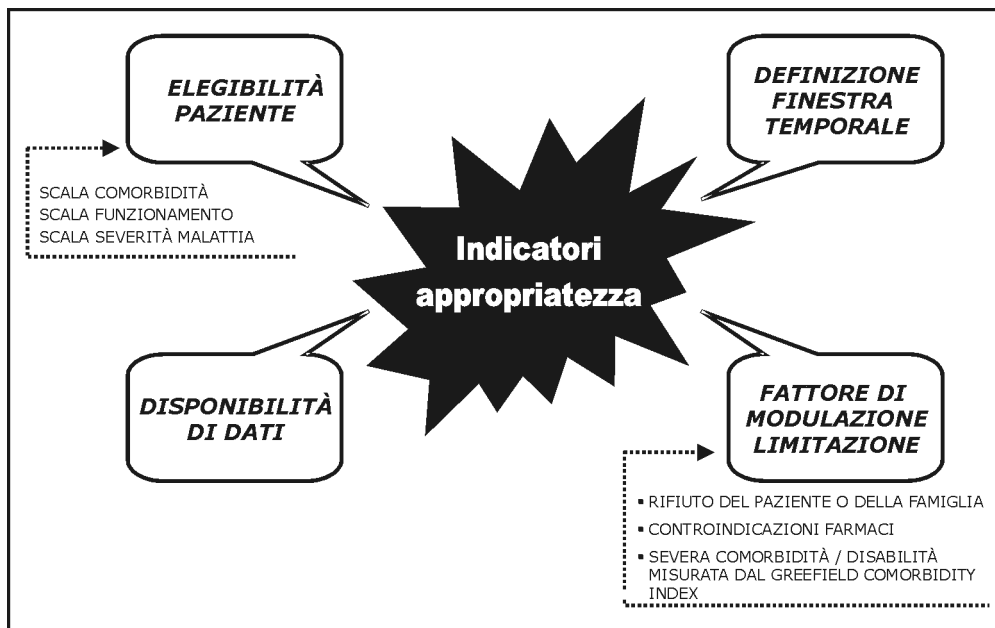


Figura 6
Costruzione indicatori

niche: per questo motivo, in vari settori della medicina sono state introdotte linee guida per il trattamento. Le linee guida si possono definire come semplici raccomandazioni operative riguardo alla pratica che si vorrebbe fosse adottata. Disegnate per suggerire un quadro di riferimento appropriato per il trattamento, le linee guida hanno la potenzialità di ridurre le variazioni, di minimizzare la sottoutilizzazione e la sovrautilizzazione delle risorse, e in definitiva di migliorare l'appropriatezza della cura.

Le linee guida non intendono infatti prescrivere la logica da seguire nelle decisioni cliniche, ma piuttosto offrire il parere degli esperti per assistere il medico e il paziente nella scelta del trattamento.

Gli interventi per il trattamento della schizofrenia che sono stati presi in considerazione possono essere classificati in 5 categorie:

- 1) farmaci antipsicotici;
- 2) rapporto con i familiari;
- 3) riabilitazione lavorativa;
- 4) trattamento intensivo nella comunità (Assertive Community Treatment, ACT);
- 5) trattamenti psicologici.

Una grossa mole di ricerca clinica nell'ambito della schizofrenia ha facilitato lo sviluppo di linee guida per il trattamento mentre una revisione della letteratura sul trattamento della schizofrenia documenta una chiara evidenza di efficacia associata alla corretta gestione dei farmaci, al management clinico dei pazienti e alla gestione del rapporto con i familiari.

La corretta gestione dei farmaci riduce infatti le ricadute, le ospedalizzazioni e può migliorare il funzionamento sociale e la qualità della vita: nell'uso appropriato dei farmaci si includono anche nuovi approcci ai vecchi far-

maci, e l'utilizzazione di nuovi farmaci più costosi con un profilo di efficacia ed effetti collaterali più favorevole, in quanto sia un buon management clinico dei pazienti che una corretta gestione del rapporto con i familiari possono ridurre i tassi di riospedalizzazione e migliorare il funzionamento sociale.

È questa la base di evidenza che serve per lo sviluppo delle linee guida per la gestione dei pazienti con schizofrenia: linee guida che riconoscono tuttavia che il trattamento di un singolo paziente dipenderà da una varietà di fattori che va al di là della diagnosi di schizofrenia, come la presenza di comorbidità psichiatrica e medica, le preferenze personali, il livello socioeconomico del paziente e altri fattori strutturali.

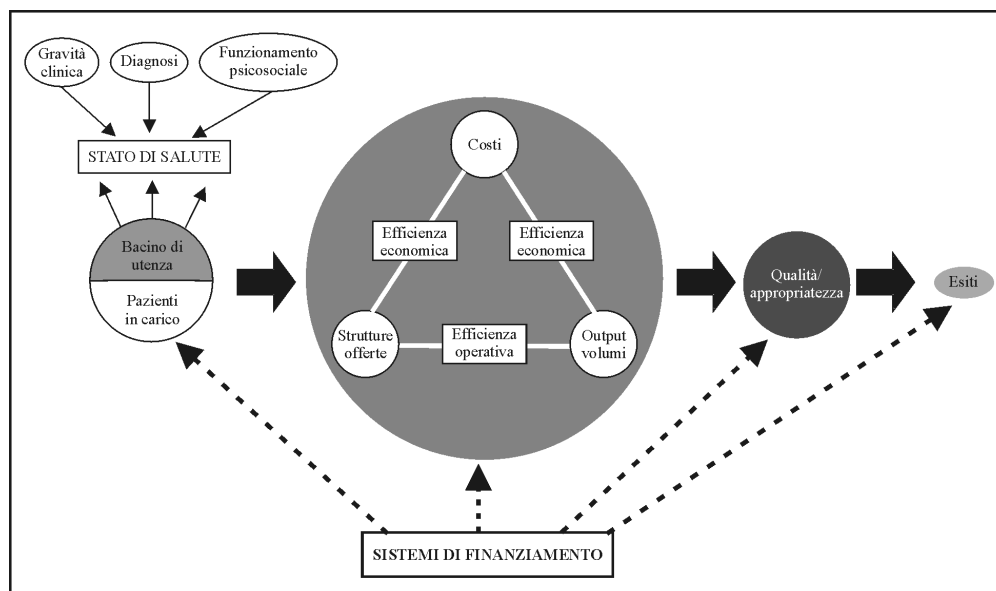
Sulla base di queste indicazioni è stata costruita una serie di indicatori di appropriatezza del trattamento definendo per ognuno di questi i seguenti aspetti:

- elegibilità del paziente;
- disponibilità di dati;
- finestra temporale di rilevazione;
- fattori di modulazione o di limitazione.

CONCLUSIONI

In conclusione l'idea di fondo della ricerca è quella di suggerire sistemi di finanziamento e di gestione delle attività psichiatriche nei quali:

- le risorse sono ripartite ex ante a partire da variabili oggettive quali il bacino di utenza e il numero di pazienti in carico;
- a tali variabili devono essere applicati opportuni correttivi in funzione dello stato di salute generale della popolazione e sulla



base di indicatori di gravità clinica, diagnosi e funzionamento psicosociale;

- l'operato dei servizi di salute mentale deve essere assoggettato ad una valutazione congiunta di efficacia e di appropriatezza in itinere;
- ex post e sulla base dei risultati si avvia un processo di riallocazione delle risorse.

Sicuramente l'inserimento coordinato di queste diverse variabili tra i modi ordinari di operare dei servizi di salute mentale potrebbe rendere possibile l'espressione di scelte fondate su un maggior grado di documentazione e di conoscenza dei risultati del proprio agire in

termini di efficacia e di efficienza.

È quanto ci auguriamo e quanto pensiamo che la ricerca possa contribuire a dimostrare sul campo.

Questo studio si propone infatti, come modello per stabilire l'allocazione del budget nel contesto della appropriatezza del trattamento offerto e dell'efficienza nell'impiego delle risorse e non, come avviene oggi, sulla base dell'utilizzazione dei servizi: rappresenterà lo studio più grande finora condotto di appropriatezza della cura nella schizofrenia condotto con un approccio decisamente innovativo che soltanto ora comincia ad essere applicato in alcuni centri negli Stati Uniti.

BIBLIOGRAFIA

1. Dixon LB, Lehman AF, Levine J. *Conventional antipsychotic medications for schizophrenia*. Schizophr Bull. 1995;21: 567-77.
2. Lehman AF, Steinwachs DM. *Patterns of usual care for schizophrenia: initial results from the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) client survey*. Schizophr Bull. 1998; 24: 11-20.
3. McEvoy JP, Schiffler P, Frances A. *Treatment of Schizophrenia 1999*. Journal of Clinical Psychiatry 1999; 60 (Suppl.11).
4. Waddington JL, Youssef HA, Kinsella A. *Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study*. British Journal of Psychiatry 1998; 173, 10: 325-329.
5. G. Donna, S. Nieddu, M. Bianco, *Management Sanitario. Modelli e strumenti per gli operatori delle aziende Sanitarie* Centro Scientifico Editore 2001.
6. J.V. Vaccaro, G.H. Clark Jr., M. Bassi, *Manuale di psichiatria territoriale*, Raffaello Cortina Editore, cap 30 Costi in psichiatria e nuovi sistemi di finanziamento: l'ipotesi dei DRG territoriali 1999.
7. C. Munizza, G. Donna, S. Nieddu, *Finanziamento e management del Dipartimento di Salute Mentale* Il Mulino Bologna 1998.
8. G. Donna, S. Nieddu, *Strumenti e modelli manageriali a supporto della creazione di valore sanitario*. Rivista Agenzia Regionale Servizi Sanitari Regione Piemonte 2001.
9. G. Donna, S. Nieddu. *Creare Valore Sanitario: nuove prospettive per il management delle aziende sanitarie*. Farmeconomia e percorsi terapeutici 2000; 1.
10. C. Munizza, S. Nieddu. *Il «DRG Psichiatrico»*, Salute e territorio luglio-agosto 2000.
11. C. Munizza, S. Nieddu. *Creazione di valore sanitario e sistemi di finanziamento: il caso del dipartimento di salute mentale*. Farmeconomia e percorsi terapeutici 2000; 1 (2).
12. *Il costing di prestazione ambulatoriale*, rivista della Società Italiana di Psichiatria, marzo-luglio 1997.